

Avant-propos

Christian BRUN-BUISSON

Service de réanimation médicale
Hôpital Henri-Mondor
94010 Créteil Cedex

Mél : christian.brun-buisson@hmn.ap-hop-paris.fr

La notion d'urgence comporte de multiples facettes, différentes selon le point de vue où l'on se place, celui du malade, celui du médecin, celui de la société : urgence ressentie par le malade, urgence perçue par le médecin, urgence médico-sociale... En matière de pathologie infectieuse, il existe fréquemment des « urgences vraies », tant il est certain qu'un traitement anti-infectieux rapidement adapté peut changer radicalement le cours de l'évolution. Mais tout syndrome infectieux n'est pas synonyme d'urgence, et encore moins justifie l'administration « aveugle » d'antibiotiques. L'art médical consiste ici à distinguer ce qui met potentiellement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et justifie un traitement urgent empirique, de ce qui autorise la réflexion, la pratique d'exams complémentaires, voire l'attente de leurs résultats avant de se décider éventuellement à prescrire un traitement anti-infectieux. Les éléments essentiels de cette prise de décision ont trait à l'appréciation de la gravité du syndrome infectieux, modulé par sa localisation et les facteurs de risques éventuels propres au malade concerné.

Le cadre général des syndromes dits « septiques » a été récemment démembré pour indiquer plus précisément – et surtout de manière plus homogène à travers les analyses épidémiologiques et groupes d'investigateurs participant aux essais thérapeutiques – le degré de gravité des syndromes infectieux, en même temps que leur terminologie a été modifiée. Les syndromes septiques se présentent sous 3 stades de gravité croissante, le « syndrome de réponse inflammatoire systémique » ou syndrome septique non compliqué, qui ne correspond qu'à un syndrome infectieux avec fièvre et hyperleucocytose, mais aussi tachycardie et tachypnée, le syndrome septique grave, où s'associent aux signes précédents des signes de dysfonction des organes vitaux (encéphalopathie, oligurie, hypoxémie, hypotension), et le classique choc septique, où l'hypotension et les signes d'hypoperfusion des organes vitaux persistent malgré le traitement initial basé sur l'expansion volémique. Comme pour certaines affections bien définies, où l'on peut définir des formes « non compliquées » avec des critères adaptés à chacune d'entre elles, et dont une large partie justifie une prise en charge ambulatoire simple (les pneumopathies infectieuses, les pyélonéphrites aiguës non compliquées), on peut définir un cadre plus large de

formes non compliquées de syndromes septiques (le sepsis non compliqué), qui ne posent pas de difficulté thérapeutique d'urgence, mais incitent à une réévaluation rapprochée permettant de dépister l'évolution vers une forme plus grave. Si cette classification schématique est commode, en particulier au cours d'essais thérapeutiques de nouvelles approches des états infectieux graves, elle ne suffit pas à la prise en charge pratique des malades. Son avantage clinique essentiel est de mettre l'accent sur les signes et symptômes qui suggèrent un risque d'évolution menaçante.

Bien que toutes les maladies infectieuses aiguës ne soient pas exposées au risque d'une telle évolution, nombre d'entre elles le sont, d'autant plus que le « terrain » est favorable. Les thèmes inclus dans cette monographie de *La Revue du Praticien* reflètent le souhait de couvrir des affections exemplaires par la démarche d'analyse et de prise en charge initiale, tout en illustrant la diversité de la notion d'urgence. Les pneumopathies infectieuses sont très fréquentes, où l'empirisme thérapeutique, largement aidé par des connaissances épidémiologiques approfondies mais évolutives, est de rigueur. Elles sont également le meilleur exemple où de nombreuses études récentes ont permis de mieux définir les stratégies de prise en charge initiales selon la gravité de la présentation clinique et les pathologies sous-jacentes associées. La fièvre du patient neutropénique reste l'archétype de l'antibiothérapie urgente, empirique toujours, mais avec des schémas thérapeutiques qui ont largement évolué, depuis la mise à disposition de molécules récentes autorisant des traitements ambulatoires chez certains patients, bien sûr sous surveillance rapprochée.

Les autres affections évoquées sont plus rares, mais posent souvent des difficultés diagnostiques, ou de reconnaissance de la gravité de la pathologie. C'est en particulier le cas des fasciites nécrosantes.

À ces affections classiques, a été adjoint un court texte sur la prise en charge des accidents avec exposition au sang du personnel hospitalier, situation encore beaucoup trop fréquente, malgré la mise à disposition de matériel « de sécurité », et trop souvent due au non-respect des précautions à prendre et des gestes à éviter. Là aussi, l'urgence d'un traitement adapté a été démontrée, permettant de limiter fortement le risque d'infection par le VIH chez les personnes victimes de ces accidents.

Malgré les bruits alarmistes – justifiés par l'évolution des résistances aux antibiotiques – sur la fin de l'ère des antibiotiques, le champ des possibilités thérapeutiques en maladies infectieuses est large et ouvert. Savoir identifier l'urgence thérapeutique, sans céder à l'empirisme aveugle et systématique, est un élément essentiel de la formation et de l'acquis d'expérience du thérapeute. ■